BOSTON MEDICAL LIBRARY

28e année QUEBEC, JANVIER 1919 No. 5

Le Bulletin Médical

Journal consacré aux intérêts de la profession médicale dans le district de Québec

DIRECTION SCIENTIFIQUE

MM. A. SIMARD, Prof. de Pathol. ext. et de clin. chir. à l'Université Laval, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, Président du Collège des Médecins et Chirurgiens.

A. ROUSSEAU, Prof. de Pathol. gén. et de Clin. méd. à l'Université Laval, médecin de l'Hôtel-Dieu.

A. VALLÉE, Prof. d'Anat.-Pathol. et de chimie méd. à l'Université Laval, Anatomo-Pathologiste de l'Hôtel-Dieu.

COLLABORATION SCIENTIFIQUE

D. BROCHU, Prof. de Pathol. int. de maladies mentales et de clin. méd. à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Sur. de l'Asile d'Aliénés de Beauport, Gouv. du Collège des Médecins.

S. GRONDIN, Prof. d'Obstét. et de Gynéc., de clin. gynécol., Gynécologiste de l'Hôtel-Dieu, Accoucheur de la Maternité.

R. PORTIER, Prof. d'hyg., de méd. infantile et de clin. des maladies des enfants, Médecin de l'Hôtel-Dieu et de l'Hosp. St. Vincent de Paul.

N.-A. DUSSAULT, Prof. de clin. ophtalm. et rhino-laryngologique, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

P.-C. DAGNEAU, Prof. d'Anat. descrip., et de clin. chirg., chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

R. MYRAND, Prof. de Dermat. et de Physiothérapie à l'Université Laval, Médecin de l'Hôtel-Dieu, chef du service d'électrothérapie.

C.-R. PAQUIN, Prof d'Hygiène pub. à l'Université Laval, médecin municipal.

D. PAGÉ, Prof. à l'Université Laval, Sanin. du service méd. des immigrants à Québec.

A. PAQUET, Prof. d'Anat. pratique et de méd. opér., Assist. de la Clin. Chir. à l'Hôtel-Dieu.

J.-O. LECLERC, Prof. de Physiologie, Assist. à la clin. méd. à l'Hôtel-Dieu.

JOBIN, A. Prof. agrégé à l'Université Laval.

EDG. COUILLARD, D. P. H., Assist.-chirur de l'Hôtel-Dieu.

E.-M.-A. SAVARD, D. P. H. Médecin du Dispensaire Anti-Tuberculeux.

JOS. VAILLANCOURT, Prof. agrégé, Assist. de la clin. ophtalmologique à l'Hôtel-Dieu.

G. PINAULT, Chirurgien à Campbelton, N. B.

J. PETITCLERC, G. AHERN, Assts à la clinique chirurgicale.

CHS. VÉZINA, Asst.-Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

ACH. PAQUET

FRÉMONT, J. P., Prof. agrégé à l'Université Laval, Assist. à la clinique médicale.

A. LESSARD, Prof. agrégé Assist. clinique médicale.

DUBÉ, L.-F. Lauréat de la Société Int. de la tuberculose, Paris. Notre-Dame-du-Lac, P. Q.

NADEAU, E. Assist.-surint. Hop. de l'immigration.

Rédacteur en chef: A. VALLEE

Secrétaire de la rédaction: Edg. COUILLARD et J. FREMONT

Bibliothécaire: G. AHERN

Administration: J. Vaillancourt 46, rue St-Louis, Québec.

IMPRIMERIE LAFLAMME, QUÉBEC.

QUININE-PHOSPHO

(Elixir Apii et Viburnum Compositum, Wampole)
Chaque once liquide contient :

Graine d'Asperge	6 gr.
Graine de Persil	8 gr.
Jusquiame	1¼ gr.
Senelle Noire	15 gr.
Ecorce (Cramp)	6 gr.
Chanvre Indien	1½ gr.
Canéficier	5 gr.
Clou de Girofle	1½ gr.

Formule perfectionnée et rendue plus agréable au goût le 1er mars 1913.

Pour le soulagement immédiat des crampes ou douleurs précédant ou accompagnant la période menstruelle. Elle agit comme un tonique sédatif sur les parties douloureuses et ne délabre pas l'estomac.

L'Asparoline est presque un remède spécifique pour la menstruation douloureuse ou irrégulière, l'amenorrhée ou écoulement insuffisant, la leucorrhée et tous désordres ou malaises similaires, affectant les organes utérins, car elle agit comme un puissant tonique et fortifiant sur l'utérus. Elle empêche l'avortement et soulage les douleurs après l'avortement ou l'accouchement; dans ces cas, elle restreint l'hémorrhagie.

L'Asparoline et d'un grand secours dans le traitement des douleurs utérines et des irrégularités causées par le séjour au grand froid, le surménage, l'anxiété, la frayeur, etc., agissant comme un stimulant réchauffant sur l'estomac et les organes pelviens et soulageant immédiatement les douleurs, les spasmes et l'irritation nerveuse.

Chez les personnes qui souffrent de maux de reins, de langueurs et de douleurs aigues, comme symptômes à peu près constant et qui redoutent perpétuellement l'approche de la période menstruelle, l'administration de petites doses d'Asparoline entre les périodes, suivie par des doses plus fortes immédiatement avant le flux menstruel, produira d'heureux effets et établira la régularité. Elle effectuera même des résultats permanents, à moins qu'il n'existe de sérieuses lésions organiques.

Prise en fortes doses, l'Asparoline produit un effet calmant et sédatif, suivi de quiétude et de somnolence, après la disparition de la douleur. Le malade doit, alors, rester étendu et dormir un peu.

Mode d'emploi:—Pour les crampes ou les douleurs aigues avant ou pendant la période menstruelle, la dose est de une cuillère à dessert ou une cuillère à soupe, selon l'âge et l'intensité de la douleur, à répéter environ une demi-heure après, si c'est nécessaire, pour soulager la douleur et faire commencer promptement la menstruation.

Pour la menstruation irrégulière ou insuffisante (aménorrhée), la leucorrhée ou les désordres et malaises similaires affectant les organes utérins, et comme tonique et fortifiant, on peut en prendre une ou deux cuillères à thé, trois fois par jour, une heure avant ou une heure après les repas.

PRIX

Par douzaine de bouteilles de 16 onces	$12.00
Par bouteille d'un demi-gallon	4.55
Par bouteille d'un gallon	8.70

PERTH, ONT., CANADA

HENRY K. WAMPOLE & Cie, Ltée

FURONCLES, ANTHRAX, Suppurations, Diabète, Grippe, Leucorrhée, Constipation, etc. LA **LEVURINE** de COUTURIEUX, 18, aven. Hoche, Paris est le seul vrai produit de ce nom dérivé de la LEVURE DE BIERE En Cachets, en Poudre et Comprimés

Le Bulletin Médical de Québec

Abonnement : $2.00 par année

JANVIER 1919

SOMMAIRE

REPRODUCTIONS

Contribution à l'étude de la flore microbienne de la grippe.— Par MM. Orticoni, Barbie et Leclerc 129

L'épidemie d'Influenza de 1918. — Par le Dr Arnold Netter. 136

REVUE DES JOURNAUX

La constipation cæcale et son traitement 150

Usage du solène dans le rhumatisme 152

La grippe et son traitement 153

Bibliographie 155

Affections rhumatismales, cutanées et bronchiques

SOUFRE COLLOIDAL de COUTURIEUX

"AZUFROL" (soufre colloidal stable) { Capsules dosées à 10 centigr. 2 à 8 par jour au repas. Pommade au 1/15 (Alopécie acné, etc.)

"SULFURION" (soufre colloidal électrique stable) Ampoules injectables de 3 c. c., 2 à 4 par semaine

Ch. COUTURIEUX, 18, av. Hoche, -:- Paris

GLOBULES TÆNIAFUGES

de SECRETAN

à l'*Extrait vert éthéré* de *Fougère mâle* des *Vosges*.

et sans DANGER

REMÈDE EFFICACE

Adopté dans les Hôpitaux de Paris

DÉPÔT : 17, Rue Cadet, PARIS.

ANTISEPSIE des MUQUEUSES

BORICINE MEISSONNIER

Désinfectante, Microbicide, Cicatrisante

NI TOXIQUE, NI CAUSTIQUE, NI IRRITANTE

Maladies des YEUX, *des* OREILLES, *du* NEZ, *du* LARYNX, *des* Organes Génito-Urinaires, Plaies, Brûlures, Blessures.

La Boricine s'emploie en Poudre ou en Solution.

DÉPÔT : 17, Rue Cadet, PARIS.

Goutte !!!

POUR COMBATTRE LES

Accès de Goutte

aucune médication n'a une action aussi prompte, aussi marquée, aussi durable que le

Vin d'Anduran

La seule médication anti-goutteuse demeurée reellement medicale

J. Mousnier à Sceaux.

Pour procurer aux malades

un Sommeil bienfaisant et réparateur

Le Sirop Gelineau

(Bromure de potassium et chloral)

est resté

LA PRÉPARATION CLASSIQUE

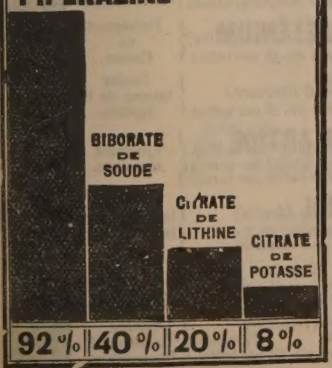
sûre en ses résultats, supérieure aux hypnotiques récents ; toujours bien toléré, son administration ne laissant à redouter aucun accident consécutif.

J. Mousnier à Sceaux.

PIPÉRAZINE MIDY

Solubilités comparées d l'Acide urique dans :

PIPÉRAZINE



GRANULÉE EFFERVESCENTE

20 centigrammes de Pipérazine par mesure jointe au flacon.

Dans les crises aiguës : *3 à 6 mesures par jour.*

Comme préventif : *1 à 3 mesures 10 jours par mois.*

Le plus grand dissolvant de l'Acide urique

GOUTTE

GRAVELLE

RHUMATISME

ARTHRITISME dans toutes ses manifestations.

Pharmacie MIDY, *113, Faubourg Saint-Honoré — PARIS.*

LABORATOIRES CLIN

CACODYLATE de SOUDE CLIN

Arsenic à l'état organique

Gouttes Clin 5 gouttes contiennent 1 cgr. de Cacodylate de Soude pur.

Globules Clin 1 cgr. de Cacodylate de Soude pur par Globule.

Tubes stérilisés Clin pour Injections hypodermiques.

Dosés à 5 et 10 cgr. de Cacodylate de Soude pur par c.c. 1223

ÉNÉSOL

(Salicylarsinate de Mercure)

AVANTAGES DE L'ÉNÉSOL :

1° Toxicité excessivement faible;
2° L'ÉNÉSOL n'est pas douloureux en injections;
3° L'activité thérapeutique de l'ÉNÉSOL est comparable à celle des meilleurs sels mercuriels injectables.

L'ÉNÉSOL est délivré en Ampoules de 2 cm³ dosées à 3 cgr. par cm³ (6 centigr. par ampoule). 1313

MÉTHARSINATE CLIN

(Méthylarsinate disodique chimiquement pur)

Gouttes Clin 5 gouttes contiennent 1 cgr. de Métharsinate.

Globules Clin 1 cgr. de Métharsinate par Globule.

Tubes Clin stérilisés pour Injections hypodermiques.

5 cgr. de Métharsinate par centim. cube. 1311

VIN NOURRY

Iodotané

Exempt de tout Iodure alcalin.

GOUT AGREABLE — ASSIMILATION PARFAITE

5 centigr. d'Iode
10 centigr. de Tanin } *par cuillerée à soupe.*

INDICATIONS : LYMPHATISME, ANÉMIE, MENSTRUATION DIFFICILE

DOSES : Adultes, une cuillerée à soupe;
Enfants, une cuillerée à café aux repas. 1226

Comar & Cie - PARIS

PRÉPARATIONS COLLOÏDALES

Métaux colloïdaux électriques à petits grains.
Colloïdes électriques et chimiques de métalloïdes.

ELECTRARGOL (Argent)

Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte)
Ampoules de 25 cc. (2 par boîte).
Flacons de 50 et 100 cc.
Collyre en amp. compte-gouttes.
Ovules (6 par boîte).
Pommade (tube de 30 grammes).

Toutes les maladies infectieuses sans spécificité pour l'agent pathogène.

ELECTRAUROL (Or)

ELECTROPLATINOL (Pt)

ELECTROPALLADIOL (Pd)
Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).

ELECTRORHODIOL (Rd)
Ampoules de 5 cc.
(Boîtes de 3 et 6 ampoules).

N. B. — L'ELECTRARGOL est également employé dans le traitement local de nombreuses affections septiques.

ELECTROCUPROL (Cu)
Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
Ampoules de 10 cc. (3 par boîte).
Collyre en amp. compte-gouttes.
→ Cancer, Tuberculose, Maladies infectieuses.

ELECTROSÉLÉNIUM (Se)
Ampoules de 5 cc. (3 par boîte).
→ Traitement du Cancer.

ELECTR=Hg (Mercure)
Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
→ Toutes formes de la Syphilis.

ELECTROMARTIOL (Fer)
Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).
Ampoules de 5 cc. (6 par boîte).
→ Syndrome anémique.

COLLOTHIOL (Soufre)
Elixir — Ampoules de 2 cc. (6 par boîte). — Pommade.
→ Toutes les indications de la Médication sulfurée.

IOGLYSOL (Complexe iode-glycogène)
Ampoules de 2 cc. (12 par boîte).
→ Cures iodée et iodurée.

THIARSOL (Trisulfure d'arsenic)
Ampoules de 1 cc. (12 par boîte).
→ Cancer, Tuberculose, Trypanosomiases.

1439

LABORATOIRES CLIN

J. E. Livernois, Limitee

Fournisseurs

En Produits Chimiques, Pharmaceutiques et Photographiques.

Instruments et Acccessoires de Chirurgie
Remèdes Brevetés
Articles de Toilette et Parfumerie

Entrepôts
43-49, COUILLARD
Québec

Magasin et Bureau
RUE ST-JEAN
Canada

Phosphagon

(Lécithogénique Proto-Phosphoïdes)
UNE NOURRITURE
NERVEUSE NATURELLE.

Phosphagon

(Lécithogénique Proto-Phosphoïdes)
UN TONIQUE PERMANENT
DU SYSTEME NERVEUX.

Phosphagon

(Lécithogénique Proto-Phosphoïdes)
PRODUIT L'EQUILIBRE NERVEUX.

DOSE.—Une à quatre cuillérées à thé trois ou quatre fois par jour.

THE ARLINGTON CHEMICAL COMPANY
YONKERS, N. Y.
Fabricants de Liquide Peptonoïde.
Bureau pour le Canada : 88, WELLINGTON ST. WEST, TORONTO.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Fournitures pour hôpitaux, Batteries électriques de GAIFFE (de Paris.) Microscopes, thermo - cautères, etc.

Mes nombreux clients dans toutes les parties du pays témoignent de la satisfaction que leur donnent mes instruments et comme je n'ai pas d'agents je peux vendre à des prix modérés.

Fournisseur aux Hôpitaux Hôtel-Dieu et Jeffery Hale

LES COMMANDES SONT EXECUTEES AVEC SOIN ET PROMPTITUDE.

Agent au Canada pour la manufacture de membres artificiles de A. A. MARKS.

J. H. CHAPMAN

20, Avenue McGill College, - MONTREAL

SEULES EAUX
Alcalines Reconstituantes
POUGUES
ST-LEGER - ALICE
Etablissement Thermal
ouvert du 15 Juin au 30 Septembre
Eaux de Régime par excellence des
DYSPEPTIQUES
NEURASTHENIQUES
DES
FAIBLES ET DES CONVALESCENTS
Échantillons Gratuits aux Docteurs
Paris, Cie de Pougues,
15/17 Rue Auber

CARABANA
EAU NATURELLE
Minéralisation unique et sans rivale
PURGATIVE
Par son sulfate de soude
DEPURATIVE
Parson chlorurede calcium
ANTISEPTIQUE
Par son Sulfure de Sodium
SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES DU CANADA
CARABANA

STAPHYLO-COCCINE FRAQUET
EXTRAIT PROTOPLASMIQUE DE LA LEVURE DE BIERE ISOLÉ DE SA MEMBRANE CELLULAIRE
FURONCULOSE
GRIPPES-CORYZA
PRÉSENTE SUR LES PRÉPARATIONS ANALOGUES LES AVANTAGES SUIVANTS
DIGESTION PLUS FACILE | ACTION PLUS PROMPTE
DOSES MOINS FORTES | ET PLUS EFFICACE
Elle réussit toujours dans
FURONCULOSE, OTITES, OSTÉOMYÉLITES
CORYZA, ANGINES, SINUSITES, ORGELETS
et au début de la plupart des
MALADIES INFECTIEUSES
c'est l'agent spécifique de la
PHAGOCYTOSE
STAPHYLO-COCCINE FRAQUET
DOSES PAR JOUR | Comprimes 4 à 8 comprimes Prix 4 fr. 50 | Solution 2 à 4 cuillerées à soupe Prix 5 fr. 50 | Ampoules Une ampoule de 2cc Prix 4 fr. 50
Echant. et littérature gratuits LABORATOIRE des PRODUITS SCIENTIA 10 Rue Fromentin - PARIS

Capsules Blaud de "Frosst"

Chacune de ces capsules contient approximativement un grain de fer à l'état de sel ferreux.

BLAUD, LAXATIF TONIQUE

R —o—

Capsule No. 71 "Frosst"

Blaud	10 grs
Sol. arsénicale .	2 gtts
Extrait de noix vomique	¼ gr
Phénolphtaléine .	¼ "

On les trouve dans le commerce en paquets de 100. Pour la série complète de capsules v. la liste de prix.

Blaud, Arsenic et Strychnine

R —o—

Capsule No. 62 «Frosst»

Blaud.	10 gr.
Sol. arsénicale .	2 gtts.
Strychnine . .	1.50 gr.

« Le résultat de nos recherches démontre que des trois préparations principales que nous avons achetées sur le marché, les capsules Blaud de Frosst contiennent le pourcentage le plus élevé en carbonate ferreux. »

Milton, Hersey Co. Ltd.

Blaud et Manganèse Comp.

R —o—

Capsule No. 77 "Frosst"

Blaud	10 gr.
Carb. de mang. .	¼ "
Ext. Damiana. .	¼ "
Phénolphtaléine.	¼ "
Strychnine. . .	1/50 "

URASAL

L'Urasal soulage le Rhumatisme et élimine toute acide urique.

VENDU PAR TOUS LES PHARMACIENS ET PRESCRITS PAR TOUS LES MEDECINS

DEMANDEZ UN ECHANTILLON

Manufacturé par

FRANK W. HORNER Limited

142, Rue St-Urbain, - - - MONTREAL

REPRODUCTIONS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA FLORE MICROBIENNE DE LA GRIPPE [1]

Par MM. ORTICONI, BARBIE et LECLERC

Médecin-major d'un laboratoire de Bactériologie d'armée. — Médecins aides-majors

La plupart des auteurs qui ont observé la grippe de 1918 paraissent s'accorder à y reconnaître un retour de la pandémie grippale qui eut en 1889 un retentissement mondial, après avoir été précédée elle-même en 1833 et en 1847 de manifestations épidémiques analogues.

L'affection qui sévit actuellement nous présente la même allure que les épidémies antérieures, en particulier l'extraordinaire rapidité d'extension, la soudaineté de l'évolution, la contagiosité extrême et aussi l'immunité des collectivités isolées. Les symptômes cliniques offrent également de nombreux points communs.

1. *La Presse Médicale*, 3 oct. 1918.

INFECTIONS ET TOUTES SEPTICÉMIES

(Académie des Sciences et Société des Hôpitaux du 22 décembre 1911.)

LABORATOIRE COUTURIEUX
18, Avenue Hoche - Paris

Traitement — PAR LE — LANTOL

Rhodium B. Colloïdal électrique

Ampoules de 3 cm'

A en juger par les diverses communications faites en France et à l'étranger, il semble qu'après avoir revêtu une forme bénigne aux mois de Mai et Juin derniers, la grippe puisse donner lieu aujourd'hui à des complications graves et la grippe dite espagnole, la grippe suisse et la grippe allemande ne paraissent être que la synonymie d'une même affection répondant au type de l'épidémie grippale de 1889-1890.

Nous trouvons bien cette année quelques caractères différentiels avec les épidémies antérieures, et l'un des plus frappants consiste dans la possibilité de voir évoluer, au cours de la saison la plus chaude de l'année, des complications pneumoniques ou broncho-pneumoniques graves et même très graves. Or, l'épidémie de 1889, qui avait sévi surtout pendant l'hiver, nous avait habitués à considérer ces complications broncho-pulmonaires de la grippe comme dues surtout à l'influence saisonnière.

Mais il faut se souvenir qu'on ne voit jamais deux épidémies évoluer d'une façon tout à fait semblable. Il en va d'elles comme du masque clinique de la plupart des affections. Nous voyons très rarement, en effet, la même maladie suivre chez deux individus différents une marche absolument identique.

Au point de vue microbien, on sait que plusieurs bactéries avaient été incriminées comme origine de la grippe. On avait attribué un rôle au pneumocoque et au streptocoque pendant l'épidémie de 1889; mais aucun de ces germes n'avait paru présenter des caractères spécifiques dans l'étiologie de la grippe.

En 1892, Pfeiffer attribuait dans la grippe un pouvoir pathogène au cocco-bacille qui porte son nom. Mais les travaux suscités par ses recherches paraissaient avoir démontré que ce germe ne se rencontre pas exclusivement dans la grippe. MM. Nobécourt et Paisseau lui ont reconnu un rôle dans les complications respiratoires consécutives aux fièvres éruptives de l'enfance. Plusieurs auteurs ont établi sa présence dans les crachats des tuber-

culeux. Il a été signalé par Meunier comme le seul agent microbien de certains cas de méningite. Pfeiffer ne l'avait d'ailleurs rencontré que dans les crachats des malades et il n'avait jamais pu l'isoler dans le sang. Cet isolement, malgré les nombreuses recherches auxquelles il a donné lieu, semble avoir toujours été très difficile à réaliser.

Somme toute, l'état actuel de nos connaissances à l'égard du bacille de Pfeiffer semblait nous autoriser à le considérer avec plusieurs auteurs comme un germe saprophyte sinon banal, du moins n'entraînant que très rarement des manifestations morbides sévères.

Ayant eu l'occasion d'observer tout récemment quelques cas de grippe, dont quelques-uns à complications graves, nous croyons intéressant de rapporter les recherches bactériologiques que nous avons eu l'occasion de faire. Nous en donnerons ici un résumé succinct, nous réservant de publier ultérieurement un article détaillé sur nos constatations complémentaires.

*
* *

Grippe bénigne.—A l'occasion de quelques cas de grippe bénigne constatés en Mai et Juin, nous avons pratiqué un certain nombre d'hémocultures, d'examens de sang sur lames, d'examens du mucus nasal et naso-pharyngien, et d'inoculations expérimentales à l'animal.

Toutes nos hémocultures faites en ensemençant 5 à 7 cm^3 de sang en bouillon ordinaire ou bouillon glucosé sont restées stériles.

Des examens de sang sur lames n'ont permis de constater ni variation, ni altération globulaires et l'examen de mucosités bronchiques, du mucus nasal ou naso-pharyngien n'a pas permis de constater la présence du cocco-bacille de Pfeiffer.

Chez quelques malades, nous avons noté dans l'expectoration la présence du pneumocoque, mais non d'une façon particulièrement prédominante.

Des inoculations intrapéritonéales au cobaye de 1 cm^3 ½ ou 2 cm^3 de sang prélevé aseptiquement à la veine du pli du coude chez des malades en plein accès fébrile, ont donné à l'animal des élévations de température qui ont persisté pendant plusieurs jours. L'élévation thermique a débuté chez le cobaye dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui ont suivi l'inoculation et a persisté matin et soir, variant de huit à dix jours. Les élévations thermiques constatées sont de 2 à 3° ainsi qu'en font foi les courbes que nous avons enregistrées.

L'examen du sang sur lames et l'ensemencement du sang des animaux inoculés n'ont permis de constater la présence d'aucun germe.

D'autre part, si l'on prélève du sang par ponction du cœur chez un cobaye fébrile à la suite d'inoculation, et qu'on en injecte 2 cm^3 à un cobaye neuf, on voit se produire chez ce dernier, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, une ascension thermique qui persiste pendant plusieurs jours.

En somme la grippe bénigne ne nous avait pas permis de mettre en évidence le bacille de Pfeiffer, ni même les germes qui sont les agents habituels des affections des voies respiratoires.

*
* *

Grippe avec complications graves.—Par contre chez un certain nombre de malades atteints de grippe avec complications pulmonaires, broncho-pulmonaires ou pleurétiques graves, nous avons

1. Voir : *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 10 septembre 1917, communication faite par l'un de nous.

pu isoler à plusieurs reprises un bacille ayant les caractères morphologiques et culturaux du bacille de Pfeiffer.[1]

1° Dans une première série de cas, sur 19 hémocultures pratiquées, nous avons constaté chez 7 de nos malades la présence d'un bacille immobile à Gram négatif, strictement aérobie, ne poussant pas sur les milieux ordinaires, poussant peu abondamment en gélose glucosée, et donnant en gélose au sang des colonies plus abondantes.

Les colonies fournies par ce microbe sont toutes petites, transparentes, à peine visibles à la loupe et se localisent de préférence au fond du tube, au voisinage du liquide de condensation.

Nous n'avons jamais pu isoler ce germe en ensemençant le sang des malades en bouillon ordinaire. Les hémocultures ne se sont trouvées positives que quand le sang a été ensemencé à raison de 8 à 10 cm³ environ en bouillon glucosé, suivant la technique habituelle des hémocultures.

Le bacille est très peu visible à l'état frais entre lame et lamelle; ce n'est presque toujours qu'après coloration qu'on constate sa présence. Il y a intérêt à surcolorer la préparation avec la fuchsine de Ziehl diluée pour mettre le germe plus nettement en évidence. Il apparait alors comme affectant une forme bacillaire ou cocco-bacillaire avec des dimensions sensiblement plus grandes que celles qui sont attribuées par les auteurs classiques au bacille de Pfeiffer.

Dans une seconde série de 10 hémocultures, nous avons pu par les mêmes procédés isoler cinq fois le bacille de Pfeiffer dans le sang des malades. Chez l'un d'entre eux où l'hémoculture a été faite quelques heures avant la mort, nous avons pu obtenir une culture pure de ce bacille.

2° Dans un certain nombre de liquides de pleurésie purulente, nous avons constaté la présence du même germe, mais avec une morphologie légèrement différente. Ce sont plutôt des formes ba-

cillaires grêles et même filamenteuses, quelquefois isolées, assez souvent groupées par deux, et pour les cas que nous avons observés, toujours associés soit à du pneumocoque, soit à du streptocoque.

Ce bacille a été trouvé dans 10 liquides différents de pleurésie purulente, et l'ensemencement de chacun de ces pus a fourni des colonies ayant les caractères de celles du bacille de Pfeiffer associés à des colonies de streptocoque ou de pneumocoque.

L'inoculation intrapéritonéale à des cobayes adultes de 1 cm^3 de ces mêmes liquides pleuraux a provoqué la mort de l'animal en douze à vingt heures. L'autopsie a révélé dans le liquide péritonéal du cobaye la présence du bacille de Pfeiffer sans passage dans les divers organes, alors que les germes d'associations (pneumocoque ou streptocoque) passaient dans le foie et la rate de l'animal. L'injection de ½ cm^3 de ce liquide péritonéal faite dans le péritoine d'un autre cobaye a amené la mort de l'animal en treize heures. L'autopsie de ce second cobaye a permis de faire les mêmes constatations que pour le premier.

Il y a lieu de noter que le bacille de Pfeiffer se trouve en très grande abondance dans l'exsudat péritonéal, mais en forme courte plutôt cocco-bacillaire et sans éléments allongés.

3° Chez presque tous nos malades, le bacille de Pfeiffer s'est montré associé à d'autres germes, en particulier à des diplocoques isolés ou en chaînettes que nous avons retrouvés aussi bien dans les hémocultures que dans les liquides de pleurésie purulente.

Certains diplocoques avaient bien tous les caractères de morphologie, de coloration et de culture du pneumocoque : c'étaient des cocci groupés par deux, lancéolés, encapsulés à Gram positif, troublant le bouillon uniformément en quelques heures, donnant en gélose des colonies en gouttes de rosée caractéristiques et tuant la souris en vingt-quatre heures environ par septicémie ainsi que le démontre la présence de diplocoques encapsulés dans le sang du cœur.

Dans quelques hémocultures, ainsi que dans quelques pus de pleurésie, nous avons constaté la présence de diplocoques en chaînettes à Gram positif. Ces chaînettes étaient particulièrement longues dans les cultures en bouillon et dans le liquide péritonéal des animaux inoculés. Après coloration par le Gram, elles apparaissaient comme présentant une sorte de capsule commune, et l'on peut se demander si ce streptocoque ne correspond pas à une variété décrite par un certain nombre d'auteurs et, en particulier, par Howart et Perkins, sous le nom de Streptococcus mucosus. La virulence de ce streptocoque s'est montrée en tout cas très grande pour le cobaye, mais moindre pour la souris.

4° Dans l'expectoration, le pneumocoque s'est trouvé le germe prédominant même dans les crachats blancs aérés et spumeux du début n'offrant pas le type pneumonique. Nous n'avons ni constaté ni isolé dans les crachats le bacille de Pfeiffer. Mais dans certaines formes graves nous avons pu isoler dans l'expectoration bronchique le pneumobacille de Friedlander qui se trouvait dans les crachats de certains malades à l'état de véritable culture pure.

En résumé, en dehors des agents microbiens habituels des affections aiguës des voies respiratoires (pneumocoque, streptocoque, pneumo-bacille) et de leurs complications pleurales, le fait important à retenir est que nous avons pu mettre en évidence et isoler le bacille de Pfeiffer dans le sang et le liquide pleural d'un certain nombre de malades atteints de grippe.

C'est plutôt à la période terminale de la maladie, et dans les cas très graves, que nous avons constaté la présence du bacille de Pfeiffer et presque toujours en association avec d'autres germes.

Peut-on en déduire que ce microbe, dont la spécificité avait été tant discutée, soit vraiment l'agent causal de la grippe de 1918. Il serait trop prématuré de l'affirmer. Des recherches ultérieures pourront peut-être permettre de préciser si le bacille de Pfeiffer joue bien le rôle principal dans la grippe, ou s'il n'est lui-même qu'un satellite d'association secondaire.

L'EPIDEMIE D'INFLUENZA DE 1918[1]

Par le Dr Arnold NETTER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Trousseau.

—

La maladie qui fait à l'heure présente trop de victimes en Europe, et dont les dernières dépêches annoncent l'apparition à l'extrémité méridionale de l'Afrique, n'est autre que l'influenza si souvent mentionnée dans les annales médicales.

Le terme de grippe espagnole, employé couramment, est certainement impropre, s'il implique qu'il s'agit d'une maladie nouvelle ou s'il doit faire penser que la péninsule ibérique en a été le point d'origine ou le foyer d'élection. L'histoire, qui si souvent est une répétition, a déjà vu cette même dénomination employée d'une façon aussi injustifiée dès 1580, époque où les Allemands désignaient la maladie régnante sous le nom de *Spanische Ziep*.

En nous appuyant sur nos observations personnelles recueillies à l'hôpital, en ville, à notre foyer, nous établirons qu'il s'agit bien de l'influenza. La clinique nous montrera les caractères identiques à ceux qui avaient été reconnus dès la première apparition. L'épidémiologie fera ressortir la mise en jeu des conditions de propagation surtout mises en évidence lors de l'épidémie de 1889. La bactériologie démontrera l'intervention du coccobacille que Pfeiffer nous a fait connaître en 1892.

Après avoir ainsi démontré qu'il s'agit bien de l'influenza, nous examinerons les objections qui ont été faites de divers côtés.

---

1. *Paris Médical*, 16 novembre.

Nous essaierons enfin d'expliquer les différences que l'on a cru pouvoir relever entre l'évolution de la grippe de 1918 et celle de 1889.

I

La maladie actuelle, au moment de son apparition, ne révélait pas un caractère de gravité réelle. Survenant brutalement, provoquant une courbature générale, des douleurs intenses dans la tête et dans les membres, elle s'accompagnait d'une température élevée. L'appareil respiratoire et le tube digestif ne participaient que d'une façon très modérée à ce tableau symptomatique. Une langue saburale avec enduit plus ou moins épais, une gorge rouge, surtout au niveau des piliers, une sensation de chatouillement provoquant parfois une toux assez pénible, la raucité de la voix étaient notées chez un certain nombre de sujets.

La maladie durait peu. Au bout de deux ou trois jours en général, la fièvre prenait fin assez brusquement et le malade conservait seulement une fatigue assez vive persistant une semaine ou davantage.

La constatation de ces symptômes chez un grand nombre de sujets, dénotant un caractere nettement épidémique et même contagieux, ne laissait aucun doute à ceux qui avaient gardé le souvenir de l'épidémie de 1889-1890.

Notre collègue Chauffard [1] avait cru, avec raison, devoir attirer l'attention de la Société des hôpitaux sur ces cas, le 17 mai. M. de Massary, nous-même, nombre des collègues du front et de l'arrière confirmaient la frequence du mal et lui donnaient la même interprétation. Nous pouvions établir que la maladie avait fait son apparition à Paris, tout au moins, à la fin du mois d'avril.

1. *Bulletin de la Soc. méd. des höp. de Paris*, 17 mai 1918.

Comme nous étions à l'approche de l'été, on se plut à espérer que la maladie ne se compliquerait pas des déterminations sur l'appareil respiratoire qui ont fait la gravité de l'épidémie de 1889-1890.

Cet espoir a malheureusement été déçu.

Au début du mois de juillet, nous recevions dans notre service, à l'hôpital Trousseau, trois enfants, envoyés d'une pension de la banlieue, atteints de congestion pulmonaire et de broncho-pneumonie, très abattus au moment de l'admission et qui cependant ne tardèrent pas trop à se rétablir complètement. Le médecin de la pension avait vu dans le même dortoir trois autres enfants chez lesquels la fièvre s'était accompagnée de vomissements et de diarrhée: grippe gastro-intestinale, et qu'il ne lui avait pas paru nécessaire d'hospitaliser.

Mais c'est surtout à partir du milieu du mois d'août qu'à l'hôpital, comme en ville, nous avons vu des malades de plus en plus nombreux présentant les types les plus divers de détermination sur l'appareil respiratoire: trachéo-bronchites, bronchites aiguës, catarrhes suffocants, broncho-pneumonies à foyers multiples, pneumonies lobaires ou plutôt pseudo-lobaires, très souvent bilatérales, pleurésies à épanchements sanguinolents ou séro-purulents à début souvent insidieux et prenant très vite un développement considérable. La gravité de ces complications n'était du reste pas en rapport constant avec leur intensité et leur extension. Elle tenait surtout à l'atteinte profonde de l'état général, se traduisant par une asthénie extrême et une sorte d'intoxication des centres nerveux présidant à la respiration et à la circulation.

L'appareil gastro-intestinal était moins en cause. Nous avons cependant noté de la diarrhée, des selles glaireuses, sanguinolentes. Dans la même famille, une malade était atteinte d'une broncho-pneumonie bilatérale, tandis que sa sœur offrait tous les caractères de la dysenterie typique. Il semble bien difficile de ne

pas voir chez cette dernière une détermination de la grippe. Ce cas est loin d'avoir été isolé.

Convient-il de mettre également sur le compte de la maladie régnante les nombreuses dysenteries dont les selles ne nous montraient pas de bacilles dysentériques non plus que les amibes? Nous ne saurions nous prononcer, n'ayant pas eu les moyens de poursuivre nos recherches aussi loin que nous l'aurions fait en d'autres circonstances.

Quelques-uns de nos malades ont présenté des phénomènes méningés marqués, raideur de la nuque, signe de Kernig, tache cérébrale, délire, coma. La ponction lombaire, dans ces cas, a donné un liquide clair, légèrement hyperalbumineux, renfermant peu d'éléments cellulaires.

Dans les grandes épidémies antérieures, l'influenza a toujours présenté la même allure protéiforme, le même début brutal par des formes purement nerveuses et fébriles, l'apparition ultérieure de déterminations viscérales portant surtout sur l'appareil respiratoire. Graves insiste à maintes reprises sur l'absence de relation entre la gravité du mal et l'importance des lésions locales des poumons. La mort, pour lui, dans ces cas, est le fait d'une sorte de paralysie du poumon et du cœur.

La maladie de 1918 est essentiellement contagieuse. Elle frappe habituellement la plupart des membres d'une même famille. Elle fait payer un large tribut au personnel médical, aux infirmiers.

Nous pouvons aisément appuyer cette affirmation de nos observations personnelles.

Deux médecins prennent part à un repas avec un jeune homme, convalescent de grippe depuis trois jours. Le lendemain, ils sont pris de frissons, de douleurs de tête, de courbature générale, de fièvre. Leur température monte à 39°,6 et se maintient à ce niveau pendant trois jours. Ils se remettent, sans avoir présenté aucune complication, restant seulement fatigués pendant une semaine.

Une surveillante de mon service, âgée de quarante ans, la plupart des infirmières, âgées de moins de trente ans, sont atteintes après l'arrivée de malades dans mes salles. La surveillante succombe à une pneumonie adynamique, précédée de fièvre vive, avec bronchite diffuse.

Avant de pouvoir procéder à l'isolement des enfants dans une salle spéciale, nous avons dû déplorer un nombre important de contagions.

Je citerai notamment trois enfants soignés dans le service pour la fièvre typhoïde, depuis les 26, 27 août, 16 septembre, chez lesquels les premiers signes d'influenza apparaissent les 11, 18, 21 septembre; une jeune tuberculose, hospitalisée depuis le 9 juillet, un petit rachitique, hospitalisé depuis le 16 juillet, pris les 22 et 13 septembre; une fillette entrée pour une poliomyélite le 1er septembre; une grande fille admise pour un rhumatisme.

Presque tous les enfants admis pour la grippe avaient des frères ou sœurs malades, et le père ou la mère soignés à l'hôpital ou en ville.

Dans la plupart des familles où nous avons été appelé, il y avait plusieurs malades. Nous en avons vu quatre, six, alités simultanément ou successivement.

A la fin de décembre 1889, revenant d'Égypte où l'influenza n'avait pas encore pénétré, nous avons contracté la grippe dans un compartiment de chemin de fer où se trouvait, pendant une demi-heure, un malade atteint de grippe. L'incubation fut de dix-huit heures. L'entrée de trois grippes admises à la consultation du bureau central fut suivie, à bref délai, de l'apparition de l'influenza chez plusieurs tuberculeux hospitalisés depuis plusieurs semaines à l'hôpital Saint-Louis.

Au moment où parut l'influenza de 1889, la bactériologie nous avait fait connaître les agents pathogènes des maladies les plus importantes. Nous avions entre les mains une méthode, une tech-

nique éprouvées. Elles devaient nous mettre en mesure d'arriver sans retard à une solution.

Les recherches portèrent, de tous côtés, sur les produits de l'expectoration, les suppurations des séreuses, le sang, l'urine, etc.

Elles permirent, dès le début, d'isoler des streptocoques, des pneumocoques, des bacilles encapsulés, des microcoques ne retenant pas le Gram. Chacun de ces agents pathogènes fut, à l'époque, incriminé. Il s'agissait cependant de microbes connus, présents à l'état normal dans la bouche, la gorge, le nez. Ils ne pouvaient être les agents spécifiques. Au début de 1892, Richard Pfeiffer donna la première description du coccobacille, dont il affirmait la relation avec la grippe. C'est un petit bâtonnet très fin, se colorant assez difficilement par les couleurs basiques d'aniline, qui a besoin généralement pour se développer de la présence de l'hémoglobine du sang. Il forme des petites colonies très fines, très brillantes, d'abord visibles seulement à la loupe, sans tendance à la confluence. Inoculé aux singes, il détermine des accidents qui rappellent ceux de la grippe. Il semble agir surtout en produisant une toxine dont l'injection provoque, chez le lapin, les symptômes essentiels de la maladie humaine.

La découverte du coccobacille a été faite alors que l'épidémie était à son déclin, mais sa relation avec la grippe est d'autant plus plausible qu'on a pu le déceler dans des préparations microscopiques faites en 1889. Nos protocoles de cultures portent, dans deux cas de février et mars 1890, la mention du développement tardif de petites colonies transparentes, formée par des bacilles très fins. Grassberger et Meunier ont montré que le développement du bacille de Pfeiffer sur les tubes de gélose est favorisé par le développement antérieur d'autres espèces microbiennes inoculées simultanément.

Si les pneumocoques, etc., ne sont pas les agents spécifiques de l'influenza, ils jouent un rôle important dans ses complications et

le coccobacille favorise leur action fâcheuse. Est-ce en exagérant leur pouvoir pathogène ou en diminuant la résistance de l'organisme? Faut-il admettre que les conditions, encore indéterminées, nécessaires pour le retour des pandémies grippales agissent également sur l'activité des micro-organismes hébergés dans les premières voies? L'intervention de chacun de ces facteurs est vraisemblable.

L'épidémie de 1918 est sous la dépendance du coccobacille de Pfeiffer, comme l'était celle de 1889. Cela résulte de nos recherches entreprises avec la collaboration de mon excellent interne, le Dr Mozer, aussi bien que de celles d'autres bactériologistes de tous pays.

Nos trois malades du début de juillet ne se prêtaient pas à ces recherches. Comme la plupart des enfants, ils expectoraient peu et mal. Les crachats obtenus de deux d'entre eux étaient à peu près salivaires et ne montraient que des pneumocoques. Chez le troisième, l'ensemencement du sang a permis d'obtenir des cultures pures de bacille de Pfeiffer.

La recrudescence de la fin d'août et de septembre a été plus favorable à nos recherches.

Nous avons trouvé le bacille de Pfeiffer 16 fois sur 26 dans les produits de l'expectoration; 5 fois sur 7 dans le contenu des bronches à l'autopsie; 4 fois sur 8 dans le suc pulmonaire retiré pendant la vie; 2 fois sur 12 dans les hémocultures; 1 fois sur 10 dans les épanchements purulents de la plèvre.

Les pneumocoques et streptocoques accompagnaient la coccobacille ou se retrouvaient dans les cas où on ne pouvait déceler ces derniers. Les streptocoques, comme en 1890, existaient dans la majorité des épanchements pleuraux. Ils étaient tantôt hémolysants, tantôt non hémolysants. Le fait de n'avoir pas retrouvé les coccobacilles dans beaucoup de cas n'implique nullement leur absence. Nombre de produits d'expectoration ne se prêtaient pas

aux recherches. La plupart des malades n'ont pu nous fournir de crachats qu'une seule fois. Deux de nos résultats positifs n'ont été obtenus que sur les produits expectorés la seconde fois, un sur ceux crachés la troisième. La contatatison exceptionnelle du coccobacille dans le pus des pleurésies est plus naturelle encore.

Nous n'hésitons pas à conclure, de nos recherches, au rôle essentiel du coccobacille de Pfeiffer chez nos malades de 1918.

En France, Legroux à l'Institut Pasteur, Meunier à Pau, Antoine et Orticoni,[2] dans un laboratoire d'armée, ont également trouvé le coccobacille dans un grand nombre de cas, et lui attribuent la même importance.

En Angleterre, John Mathews [3] a obtenu des cultures de coccobacille chez tous ses malades; Young et Griffiths, 32 fois sur 41 expectorations.

En Allemagne Uhlenhuth [4] et ses collaborateurs ont obtenu des cultures dans 25 p. 100 des crachats et dans 46,8 p. 100, en utilisant une méthode plus favorable. Simmonds,[5] à Hambourg; Neisser,[6] sur le front, constatent également la grande fréquence.

A Budapest,[7] on aurait signalé sa constance chez 200 malades.

La bactériologie, aussi bien que l'épidémiologie et la clinique concordent donc pour affirmer l'identité de la maladie de 1918 avec la grippe de 1889-1890.

Un dernier argument pourra être tiré de l'immunité en 1918 des sujets atteints en 1889-1890. Alors que le personnel hospitalier a été atteint à la Salpêtrière et à Bicêtre dans les mêmes proportions que dans les autres hôpitaux, les vieillards de ces hos-

---

2. *Bull. de l'Acad. de médecine*, 10 septembre 1918.
3. *The Lancet*, 20 et 27 juillet 1918.
4. *Medizinische Klinik*, 11 août 1918.
5. *Münchener med. Woch.*, 6 août 1918.
6. *Münchener med. Woch.*, 20 août 1918.
7. *Deutsche med. Woch.*, 1er août 1918.

pices sont restés indemnes. Ils devaient sans doute leur immunité à une atteinte antérieure. En 1817, les hospitalisées de la Salpêtrière avaient payé un large tribut, ce qui démontre bien que l'âge avancé ne met pas à l'abri de la grippe. Nous invoquerons aussi notre cas personnel. Atteint d'influenza en 1889, nous avons, depuis le début de l'épidémie, vu un nombre énorme de malades et eu même à deux reprises des grippés à domicile, en restant indemne.

L'identité, affirmée le 17 mai 1918 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, n'a cependant pas obtenu l'assentiment général, et des autorités considérables se sont élevées dans bien des pays contre cette assimilation; elles ont invoqué: l'apparition insolite de l'épidémie à la fin du printemps, l'existence de lésions anatomiques particulières, les résultats d'examens bactériologiques.

II

La maladie en 1918 aurait fait son apparition pendant la saison chaude, à l'opposé de ce qui s'est passé en 1889 et dans les épidémies antérieures. Cet argument qui a beaucoup impressionné certains médecins aussi bien que le grand public, pêche déjà par la base. La maladie a certainement débuté avant l'été. Nous en avons vu personnellement de nombreux cas à la fin du mois d'avril, et on a lieu de croire qu'il en existait déjà en mars, sinon plus tôt. A supposer qu'en 1918 la maladie ait débuté et même présenté son maximum pendant la saison chaude, il ne manque pas d'épidémies de grippe ayant débuté, ou ayant surtout sévi par un temps chaud et sec. A Londres,[8] la grippe a eu son maximum: fin d'avril en 1743, en septembre et octobre 1758, au début d'avril 1762, en mars 1782, en juin 1831.

8. Peacock, *The Influenza or epidemic catarrhal fever of* 1847-48. London, 1848.

Au début de la grippe de 1889, beaucoup de médecins, ceux notamment qui avaient exercé dans les colonies, n'hésitaient pas à identifier l'épidémie avec la dengue dont notre collègue de Brun avait montré la marche progressive sur les rivages méditerranéens.

En 1918, Sampietro [9] en Italie, Pires de Lima, Ramalhao et Carlo-Franca [10] au Portugal, émettent l'idée qu'il s'agit de la fièvre de trois jours, influenza estivale, dont les recherches de Taussig [11] et Doerr [12] ont établi les relations avec la piqûre des phlébotomes.

La fièvre pappataci, qui est sans doute la dengue du Levant, et qui a sévi sur nos troupes aux Dardanelles et en Macédoine,[13] présente une analogie symptomatique incontestable avec l'influenza non compliquée.

Les petites dimensions des phlébotomes (3 millimètres), leurs mœurs spéciales (ils sortent seulement au crépuscule), leur permettraient sans doute de passer inaperçus.

Nous accorderons même que si les phébotomes paraissent être surtout communs dans l'Europe orientale, on les a signalés en Italie, en Espagne, au Portugal, qu'ils ont été rencontrés en France dans le département de l'Hérault, dans les Alpes-Maritimes et même aux environs de Lyon et de Paris.

Mais le début de l'épidémie de 1918 remonte incontestablement au moins au mois d'avril; elle a donc précédé l'apparition des phlébotomes. Les piqures de ces insectes sont habituellement douloureuses et se traduisent par des réactions locales qui n'ont pas été signalées chez les malades. Les complications viscérales et,

9. *Annali d'igiene*, 30 juin 1918.
10. *A Medicina moderna*, no 296.
11. *Wiener klin. Woch.*, 1905.
12. Doerr, Franz et Taussig, Vienne 1908.
13. Sarrailhé, *Bull. Soc. pathologie exotique*, 13 déc. 1916.

notamment, les localisations du côté de l'appareil respiratoire, si communes et si redoutables à l'heure présente, n'ont jamais été notées dans la fièvre pappataci. Rappelons enfin la courte durée de l'incubation, parfois inférieure à vingt-quatre heures, alors que dans la fièvre pappataci l'incubation est de quatre à huit jours.

L'assimilation de la fièvre de 1918 avec la fièvre à phlébotomes doit donc être absolument rejetée, comme l'a été en 1889 celle de l'influenza avec la dengue.

Nombre de bactériologistes et d'anatomo-pathologistes n'ont pas constaté le coccobacille ou ne l'ont trouvé que tout à fait exceptionnellement : Denier,[14] en France ; Lubarsh,[15] Schopfler, Friedmann, à Berlin ; Mandelbaum ;[16] Grober, Oberdoerffer, à Munich ; Selter, à Kœnigsberg ; Kolle, à Francfort ; Hirschbruch, à Metz ; Bernhardt, à Stettin ; Glass et Frietzche, à Bâle ;[17] Little, Garofalo et Williams,[18], en Angleterre ; Coca et Zapata, à Madrid ; Saccone, à Tarente.[19] Mais beaucoup de ces constatations ont été faites à la suite d'autopsies, et dans ces cas la mort était due à des infections secondaires. On est en droit d'imputer les résultats négatifs à l'insuffisance de la technique mise en œuvre, d'autres observateurs plus avertis ayant obtenu des résultats à peu près constants dans les mêmes localités, et cela aussi bien en Espagne et en Italie qu'en France, Angleterre ou Allemagne.

Les anatomo-pathologistes ont insisté sur les lésions pulmonaires spéciales à l'épidémie de 1918, apparence infarctoïde, tendance aux hémorragies, à la gangrène, fréquence des pleurésies purulentes, présence de moules bronchiques. Ces diverses lésions

14. *Bull. de l'Académie de médecine*, 10 septembre 1918.
15. *Berliner klin. Wochenschrift*, 12 août 1918.
16. *Münchener med Woch.*, 23 juillet 1918.
17. *Correspondenzblatt für Schweizer Ærzte*, 21 août 1918.
18. *The Lancet*, 13 juillet 1918.
19. *Ann. di med. nav. e col.*, mai-juin 1918.

ont été vues en 1890 et, dès 1847, Nonat [20] attirait l'attention sur la fréquence des fausses membranes bronchiques.

En 1889, on a pu suivre très nettement la marche de l'épidémie d'abord constatée dans le Turkestan, gagnant successivement la Russie, l'Allemagne, la France, traversant les mers à la faveur des relations par paquebots.

Il n'est pas nécessaire de dire pourquoi il n'a pas été fait de constatations analogues en 1918 où les relations de pays à pays, et même entre les diverses localités d'un même pays, ont été singulièrement plus entravées et où les chiffres fournis par les statistiques ne pouvaient être comparés à ceux de la moyenne des années antérieures. L'intervention des internés dans la propagation de la maladie en Suisse, celle des rapatriés dans la diffusion de certains foyers en France, la contamination des recrues ont été cependant très évidentes.

Dans notre article " Grippe " du *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel et Gilbert, en 1895, nous nous préoccupions des relations des pandémies grippales avec les épidémies plus circonscrites, d'apparitions plus fréquentes, et nous étions disposé à admettre que ces manifestations pouvaient être sous la dépendance du même agent pathogène.

Au cours de l'année 1917, voire même en 1916, l'existence de petits foyers de grippe compliquée souvent de déterminations graves sur l'appareil respiratoire a fait l'objet de communications intéressantes.

Nous citerons notamment la mémoire de Hammond, Rolland et Shore [21] qui ont étudié une petite épidémie dans un camp de base anglais au nord de la France, et celui d'Abrahams, Hallows, Eyre et French,[22] qui a eu pour point de départ une épidémie au

20. *Archives générales de médecine*, 1847.
21. *The Lancet*, 14 juillet 1917.
22. *The Laucet*, 8 septembre 1917.

camp d'Aldershot. Dans ces deux épidémies où la mortalité a été considérable, le coccobacille a été trouvé d'une façon à peu près constante, 12 fois sur 20 par les premiers, 7 fois sur 8 par les seconds. Le travail de Lewinthal [23] montre que dans une région, au moins, occupée par l'armée allemande il existait des conditions analogues.

Ces constatations ont certainement une grande valeur. Elles montrent que certaines petites épidémies circonscrites sont de même essence que les pandémies grippales. L'exposé sommaire des faits observés en 1918 justifiera, je pense, la phrase par laquelle nous terminions notre article déjà mentionné.

" En tout état de cause, la grippe épidémique, grippe-influenza, conservera son individualité pour tous ceux auxquels il a été donné d'assister à une pandémie analogue à l'une de celles que nous avons rappelées au début de ce chapitre."

La leçon de 1918 ne sera pas plus perdue que celle de 1889-90.

*
* *

MM. Charles Nicolle et Le Bailly ont communiqué à l'Académie des sciences du 14 octobre 1918 des expériences très intéressantes destinées à établir que l'agent de la grippe est un virus filtrant. Si le fait était confirmé, le coccobacille perdrait la valeur spécifique que lui attribuait Pfeiffer, sa constatation garderait cependant une grande valeur. On ne saurait dénier la fréquence de sa constatation chez les sujets atteints d'influenza, alors même qu'il n'interviendrait que comme associé.

23. *Zeitschrift für Hygiene*, LXXXVI, mai 1918.

——:o:——

CUPRASE

Pour le Traitement Medical du CANCER.

Les faits cliniques valent mieux que les développements théoriques.

Des médecins de grande réputation appartenant à différentes nationalités rapportent un grand nombres de cas où la douleur a disparu, un certain nombre même ont guéri sans troubles

On n'a rien trouvé de comparable à l'action de la Cuprase.

Elle est facile à manipuler (en injections intramusculaires) et n'importe quel praticien peut l'employer sans difficulté. Elle n'est pas toxique.

En boite de 8 ampoules de 5c. c. (pour environ 2 mois de traitement.)

"SUPSALVS"

SUPPOSITOIRES STABLES

contenant "606" (de fabrication française)

La méthode d'administration rectale du "606" est recommandée aux Médecins qui ne désirent pas employer la méthode intraveineuse. Elle donne d'excellents résultats, absolument comparable à ceux obtenus par la méthode intraveineuse et ELLE N'OFFRE AUCUN RISQUE.

En boite de six "Supsalvs" (Adultes)—dose 0.10 gr. (Enfant)—dose 0.03.

Le traitement combiné de la Syphilis avec "SUPSALVS" et

"MERSALV"

donne les meilleurs résultats.

"MERSALV" contient 10% de mercure métallique, qui par un procédé spécial est pulvérisé de la manière la plus complète possible. C'est une préparation non graisseuse, d'une odeur plaisante et propre à appliquer et qui se vend dans de petits pots en porcelaine contenant une quantité suffisante pour 30 jours de traitement.

Entière littérature et rapports de clinique sur demande.

The ANGLO-FRENCH DRUG Co. Ltd.

EDIFICE DANDURAND **Tel. East 3710 MONTREAL.**

REVUE DES JOURNAUX

LA CONSTIPATION CÆCALE ET SON TRAITEMENT

Le retard à l'évacuation du colon, désigné sous le nom de constipation correspond en général à un arrêt des fèces dans la partie terminale du gros intestin. Dans ce cas, le malade supporte sans grande difficulté de rester plusieurs jours sans exonération intestinale; mais dans la constipation cæcale, tout arrêt, même d'une journée, aggrave la série des troubles généraux et conduit à un état de malaise qui s'accroît rapidement: sensation de plénitude abdominale associée à un état nauséeux léger, céphalée, état saburral de la langue avec diminution de l'appétit, symptômes révélateurs d'une intoxication digestive.

Le malade accuse presque toujours quelques sensations anormales dans la région cæcale. Ce n'est pas une douleur intense, mais une gêne pénible persistant toute la journée, augmentant dans la station debout et dans le décubitus latéral gauche qui mobilise le colon droit, s'aggravant souvent la nuit vers 2 à 3 heures du matin, lorsque le cæcum se remplit des résidus de l'alimentation.

La constipation habituelle chez ces malades est parfois interrompue par une débâcle diarrhéique.

La palpation de l'abdomen vient éclairer le diagnostic. Toute la région du colon droit est douloureuse à une pression un peu prolongée. Le cæcum est parfois facile à mobiliser vers la ligne médiane; il est souvent dilaté et clapotant. Dans les périodes de constipation toute cette région est particulièrement distendue et tympanique.

Le diagnostic n'est pas toujours facile avec l'appendicite chronique, d'autant que l'appendice est souvent secondairement infecté et participe, pour sa part, aux altérations du colon droit.

Les causes qui entraînent ces troubles fonctionnels du colon se résument aux trois groupes suivants: le cæcum mobile auquel s'associent souvent les formations membraneuses de Jackson, la péricolite inflammatoire, l'ectasie cæcale.

Le traitement de la constipation cæcale répond à deux indications essentielles: 1° éviter la formation de produits toxiques; 2° obtenir une évacuation facile et complète du colon droit.

Pour répondre à la première indication, il convient de régler le régime alimentaire de ces malades. Les substances azotées sont surtout dangereuses, particulièrement, lorsqu'elles n'ont pas été soumises un temps suffisant à l'action du suc gastrique.

En conséquence, il faudra éviter les albumines en solution, les œufs peu cuits surtout, le lait qui en général est assez mal toléré, pour la même raison. Par contre, la viande qui est une substance solide, et, par là même retenue plus longtemps dans l'estomac, est en général, mieux supportée, si on en donne de petites quantités. Enfin chez certains malades lorsque des fermentations intenses avec productions gazeuses abondantes se produisent dans le colon, il faudra même éviter les légumineuses, pois, haricots, lentilles et fèves.

Dans la constipation cæcale grave, le contenu du cæcum devient alcalin sous l'influence des putréfactions, il faut rétablir à ce niveau une réaction acide. On obtiendra ce résultat en administrant (matin à jeun) d'assez fortes doses de lactose.

Mais ce qui modifie le mieux la flore cæcale c'est un meilleur drainage de cette région dans l'intestin. Pas de laxatifs violents alors, mais l'huile de paraffine, l'huile de ricin, à petites doses, ou encore des substances salines à faibles doses, diluées dans une grande quantité d'eau et absorbées le matin à jeun.

Dans les cas rebelles, on pourra avoir recours à la résection du colon droit ou à son défaut, si les conditions anatomiques s'y prêtent on pourra pratiquer une cæcosigmoïdosternie. Toutefois, dans la majorité des cas, une bonne hygiène alimentaire associée à un meilleur drainage du colon droit, suffit à combattre la constipation cæcale et à prévenir les accidents qu'elle entraîne. (Journal de médecine, Art. 25935, 25 novembre 1918, par J. Chs. Roux).

——:000:——

USAGE DU SOLENE DANS LE RHUMATISME

Le solène qui est un mélange des éthers méthyl et éthyl-glycosalicyliques, présente sur le salicylate de methyle le gros avantage de son absence d'odeur et de toute action irritante sur les téguments.

C'est un corps absorbable qui s'élimine bien puisque deux heures après l'application de quelques grammes de solène on peut procéder avec succès à la recherche de l'acide salicylurique dans les urines. (Après acidification de l'urine par l'acide acétique, on laisse tomber quelques gouttes de la solution officinale de perchlorure de fer, aussitôt apparaît la coloration violette caractéristique).

Le solène, trouve son indication, lorsque le traitement interne, par le salicylate de soude est mal toléré ou contre-indiqué par la sénilité du sujet ou la présence d'une affection organique du cœur. (*Paris médical*, 30 novembre 1918).

——:000:——

LA GRIPPE ET SON TRAITEMENT

—

La grippe actuelle peut revêtir quatre formes différentes :

a) La forme d'infection générale, avec fièvre, courbature et douleurs multiples avec adynamie.

b) La forme thoracique avec congestion pulmonaire (souvent hémoptoïque), œdème pulmonaire ou broncho-pneumonie. Nous ajouterons les pleurésies.

c) La forme gastro-intestinale.

d) La forme nerveuse ou pseudo-méningitique.

Plus d'autres manifestations comme : angines, otites, épistaxis, stomatites, hémorrhagie gingivales, endocardites et péricardites et enfin les ophtalmies.

A défaut d'un sérum spécifique, le traitement de la grippe doit être symptomatique. On a essayé le novarsenbenzol (Florand) les métaux colloïdaux, l'adrénaline, le sérum antipneumococcique, etc. Les deux premiers ont paru donner quelques résultats. Quant à l'adrénaline, son emploi nous paraît absolument injustifié et nocif. Cette médication d'un effet vaso-constricteur a une action antagoniste sur les bronches.

Le sérum anti-pneumococcique n'a donné aucun résultat.

La quinine au contraire semble préventive et curative de la grippe.

Un autre médicament, déjà connu, a donné des résultats heureux grâce à un nouveau mode d'administration, c'est l'urotropine en injections intraveineuses.

Nous avons donc imaginé une formule basée sur la vertu des modifications déjà connues et ayant un triple but : 1° Agir sur la température et l'adynamie ; 2° désinfecter les voies urinaires et 3° relever la circulation.

Après quelques tâtonnements nous avons adopté la formule suivante qui réalise tous ces désidérata :

Bichlorhydrate de quinine...	0.25 cgr.
Urotropine	0.50 cgr.
Extrait de strophantus	1/8 de millig.
Eau distillée	5 cmc.

pour une ampoule.

Nous en injectons 5 à 10 cmc. en 24 h. L'injection est très bien supportée et ne prooque aucune réaction.

Nous préconisons en général les injections intraveineuses de ce complexe le plus tôt possible, car nous avons constaté un effet quasi-abortif chez les malades pris au début.

Pour la forme (*b*) nous recommandons, comme tout le monde, les ventouses sèches dans les cas de bronchite, ventouses scarifiées dans la congestion pulmonaire, pneumonie et broncho-pneumonie. Et une large saignée 500 à 600 gr. en cas d'œdème du poumon.

Nous donnons également une potion expectorante.

Pour la forme (*c*) nous mettons nos malades à un régime sévère pendant 48 h. en lui donnant le premier jour 20 gr. de sulfate de soude et à partir du lendemain des désinfectants intestinaux, benzo-naphtol, etc.

Quant à la forme (*d*), en plus du traitement symptomatique, nous injectons du serum anti-méningococcique dans le canal rachidien jusqu'à 40 cmc. — (*Le progrès médical*, 23 novembre, 1918, par le Dr Vahram.)

———:000:—

BIBLIOGRAPHIE

Le numéro du 7 décembre 1918, huitième année, du grand magazine *Paris Médical*, dirigé par le professeur Gilbert, est consacré exclusivement aux *Maladies de l'appareil digestif*.

En voici les principaux articles :

Le diagnostic endoscopique du cancer du rectum et du côlon terminal, par M. Bensaude. — Les gastropathies douloureuses et l'ulcère pylorique ou duodénal au cours de l'appendicite, par M. J.-Ch. Roux. — Quand doit-on réséquer les ulcères gastriques, par M. Paul Carnot. — Traitement chirurgical de l'ulcère gastrique, par M. Victor Pauchet. — Traitement des porteurs d'amibes dysentériques, par M. Marcel Labbé. — Dyssenterie amibienne chronique et iodure double d'émétine et de bismuth, par M. Jacques Carles. — De la désinfection intestinale par la chloramine, par MM. P. Carnot et T. Bondouy. — Le voyage en Hercynie, par M. Durand.—Traitement des blessures de guerre au XVIe siècle, par M. Rousseau. — Lettres franco-américaines, par M. Imbeaux. — L'épidémie,p ar M. Bil. — *Sociétés savantes.* — *Nouvelles.*

Ce numéro, comprenant 60 pages in-4" à deux colonnes avec figures, sera expédié contre 1 franc en timbres-postes envoyé à la Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

AMBULANCE DE L'OCEAN. (LA PANNE). (Belgique).— *Travaux scientifiques publiés sous la direction* du Dr A. Depage, avec la collaboration des Drs A. P. Dustin et G. Debaisieux et des médecins de l'ambulance. — Tome II

(1918), fascicule I. Vol. gr. in-8 de 352 pages avec de nombreuses figures dans le texte (Masson et Cie, Éditeurs, Paris). *Prix de souscription* aux 2 fascicules à paraître en 1918 . . . . . 30 fr. net.
Prix du fascicule I séparément . . . . . 18 fr. net.

Nous annoncions il y a un an la fondation de ce nouveau périodique. Nous souhaitions à cette jeune revue de médecine de guerre le succès qu'elle méritait par sa belle tenue scientifique et par sa présentation impeccable. Le succès est venu et le docteur Depage continue avec ses mêmes collaborateurs la publication de ses " travaux scientifiques ".

Le nouveau volume (le premier de 1918) est plus important que les précédents et les nombreux articles qu'il contient passent en revue les différentes branches de la médecine et de la chirurgie de guerre : la part la plus large a été faite aux recherches expérimentales et au contrôle scientifique des interventions thérapeutiques. L'organisation modèle de l'hôpital de la Panne et le choix de collaborateurs spécialisés a seule permis l'élaboration de ces travaux qu'une dispersion plus grande aurait rendu tout à fait impossible.

Cet exemple de l'activité de nos camarades belges à proximité de la ligne de bataille, au milieu de difficultés de toute sorte dont le bombardement ne fut pas la moindre, mérite d'être mis en lumière.

Voici la liste des travaux publiés dans le fascicule qui paraît aujourd'hui : I. Débridement des plaies de guerre — II. Traitement des plaies du pied. — III. Plaies des articulations. — IV. Plaies de l'abdomen. — V. La cranioplastie. — VI. La fasciculation des nerfs. — VII. Étude histophysiologique et histopathologique des plaies. — VIII. Le Streptocoque. — IX. Bacille du tétanos et autres anaérobies à la surface des fragments extraits

des plaies. — X. État bactériologique des plaies par la méthode à la cellophane. — XI. Elimination des microbes introduits dans la circulation. — XII. Un cas de pleurésie à cristaux de cholesterine. — XIII. Propriété antiprotéolytiques et teneur en réserve alcaline des exsudats.

Le fascicule 2 du tome qui paraitra à la fin de l'année sera consacré notamment à des recherches sur le traitement et l'évolution des plaies des nerfs, la greffe nerveuse, les fractures, le shock hémorragique, le shock infectieux et la transfusion sanguine, etc. C'est dire, quel intérêt prendront tous les médecins et chirurgiens aux armées à la lecture de cette Revue, qui par son caractère scientifique, la richesse de sa documentation, l'expérience de ses collaborateurs se classe parmi les meilleures publications de guerre.

GUN-SHOT FRACTURES OF THE EXTREMITIES, par Joseph A. Blake, Lieutenant-Colonel, Medical Corps, U. S. A. 1 volume de 150 pages avec 40 figures originales (Masson et Cie, Editeurs, 120, Bd St-Germain, Paris).... 4 fr.

Majoration en sus 10%

La librairie Masson et Cie, de Paris, publie presque simultanément deux volumes, l'un en français, l'autre en anglais sur le traitement des fractures de guerre par les méthodes de suspension anglo-américaines. Le premier est signé de MM. Desfossés et Robert. Le second, qui paraît aujourd'hui, est l'œuvre du lieutenant-colonel Blake de l'armée américaine.

C'est un livre tout à fait personnel dans lequel l'auteur expose en détail la méthode de traitement des fractures des membres à laquelle il a donné son nom. Il y décrit ses appareils, ses procé-

dés de traitement et, d'une manière générale, l'expérience qu'il a acquise pendant la guerre dans un hôpital spécialisé pour le traitement des fractures.

C'est à juste titre qu'on a qualifié d'*anglo-américaine* la méthode de suspension dans le traitement des fractures. Elle n'avait jamais été appliquée avec rigueur et systématiquement sur l'ancien continent, quand elle n'était pas entièrement inconnue.

Le docteur Blake, qui a été l'un de ses promoteurs, était tout désigné pour le faire connaître et ce rapide volume, publié en anglais à Paris chez un éditeur parisien, sera bien accueilli non seulement par les chirurgiens américains et britanniques, mais encore par tous leurs camarades des nations alliées.

LES PLAIES DE GUERRE ET LEURS COMPLICATIONS. — *Leçons faites à l'Hôtel-Dieu* par H. Hartmann, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris. Un volume gr. in-8 de 200 pages avec 58 figures . . . 8 fr.
Majoration syndicale provisoire de 10% sur ce prix.

Les 18 leçons, qu'a faites M. le professeur Hartmann à l'Hôtel-Dieu, donnent une idée complète de ce qu'est aujourd'hui la chirurgie de guerre.

O y trouve résumées et mises aux points les diverses opinions émises aux cours des discussions qui ont eu lieu dans les diverses sociétés, en particulier à la Société de chirurgie de Paris, qui, depuis le début des hostilités, est devenue le centre du mouvement chirurgical dans notre pays.

Les plaies de guerre, leur traitement, les hémorragies, le tétanos, la gangrène gazeuse, le choc traumatique, la technique de la pose des appareils les plus employés, l'étude des lésions osseuses

et articulaires, des amputations, des plaies du crâne, de la face, du thorax et de l'abdomen sont successivement observées. Les gelures, font l'objet d'une leçon spéciale.

Si nous ajoutons que M. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, a rédigé pour ce livre une leçon sur les lésions oculaires et les blessures de l'appareil visuel, on voit que tout ce qui a trait aux plaies de guerre et à leurs complications immédiates se trouve exposé dans ce volume. Rédigées sous une forme claire et concise, ces leçons sont appelées à rendre de grands services à tous ceux qui sont actuellement appelés à donner leurs soins aux blessés.

Le numéro du 19 octobre 1918, huitième année, du grand magazine *Paris Médical*, dirigé par le professeur GILBERT, est consacré exclusivement aux *Maladies du Cœur, des Vaisseaux et du Sang*.

En voici les principaux articles :

Le cœur des aviateurs, pathogénie et conséquences, par les Drs Etienne et Lamy. — La médication opiacée dans les affections cardio-vasculaires, par les Drs Laubry et Esmein. — Arythmie complète juvénile, par le Dr Gallavardin. — Ruptures des valvules du cœur par vent d'explosif, par les Drs Perrin et Richard. —Formes cliniques particulières de l'endocardite maligne à évolution lente, par le Dr Debré.—Péricardite séro-fibrineuse et tumeur du médiastin, par les Drs Soulié et Benhamou.—La viscosité sanguine dans les états de déséquilibre cardio-rénal, par le Dr Leconte.—*Actualités médicales.* —*Sociétés savantes.*—*Nouvelles.*

Ce numéro, comprenant 60 pages in-4° à deux colonnes avec figures, sera envoyé contre 1 franc en timbres-poste envoyé à la Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

Pour paraître prochainement

Leçons de

Chimie Médicale

PAR

A. VALLÉE

Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université Laval

Petit manuel pratique de 100 pages, à l'usage des étudiants et du médecin praticien.

Prix de vente $1.00
Par la malle. 1.10

S'adresser

LABORATOIRE DE CHIMIE
UNIVERSITÉ LAVAL
QUÉBEC

COLLO-IODE
DUBOIS
Protéine Iodée Colloïdale

Découverte en 1908 par H. DUBOIS

SUPPRIMANT TOUT IODISME
ET AGISSANT MIEUX QUE LES IODURES

COMPOSITION :

6 centigrammes d'Iode métallique par 20 gouttes. Effet thérapeutique d'un gr. d'iodure de potassium.

DOSES :

5 à 20 gouttes pour les Enfants, 10 à 50 gouttes pour les Adultes. En 1 ou 2 fois par jour

INDICATIONS :

Remplace l'Iode et les Iodures dans tous leurs emplois internes. — *Observations remarquables recueillies dans les hôpitaux de Paris et de l'Etranger.*

OBSERVATIONS :

L'action physiologique du *Collo-Iode Dubois* et ses applications thérapeutiques ont été étudiées dans les laboratoires et dans les différents services du professeur Lancereaux, à Levallois, par MM. les docteurs Boteano, Michailesco et Tonovici. Ces essais ont donné lieu à diverses observations très intéressantes que nous tenons à la disposition du corps médical

M. le docteur Michailesco, licencié ès sciences, a employé du *Collo-Iode* injectable avec un plein succès sur un grand nombre de malades.

ÉCHANTILLONS ET NOTICE SUR DEMANDE

LABORATOIRES H. DUBOIS, Pharmacien de 1re Classe, FOURNISSEUR DES HOPITAUX

ADRESSE TÉLÉGRAPHIQUE CRÉOSAL-PARIS

7, RUE JADIN, PARIS

ECHANTILLONS ET LITTERATURE

Franco sur demande adressée

Aux Laboratoires H. DUBOIS, 7 Rue Jardin, PARIS

Agents Dépositaires pour le Canada

ROUGIER FRERES

63 Rue Notre-Dame (Est) MONTREAL

Sanmetto

Pour les maladies des
Organes Génitaux-Urinaires,

Le Tonique vivifiant du Système Reproducteur

SPÉCIALEMENT UTILE DANS LES
Affections Prostatiques des vieillards — L'Impuissance sénile — La Miction Difficile — L'Inflammation de l'urèthre — Les Douleurs Ovariennes — L'Irritation de la Vessie
D'UN MÉRITE ABSOLU COMME RECONSTITUANT.

DOSE : Une cuillérée à café quatre fois par jour.

OD CHEM CO., New-York.

En vente chez tous les Droguistes en Gros du Canada

PRODUITS DAUSSE

COLLOBIASE D'OR

OR COLLOIDA DAUSSE

Agent anti toxi-infectieux dans toutes les septicemies

COLLOBIASE DE SOUFRE

Soufre Colloidal Dausse

Traitement rapide du rhumatisme

PAVÉRON

Opium injectable-Alcaloides totaux de l'Opium

AMPOULES—COMPRIMES

INTRAIT DE MARRON D'INDE

HEMORROIDES—VARICES

Sédatif des douleurs hémorroidales

INTRAIT DE VALÉRIANE

MEDICATION ANTISPASMODIQUE

Sédatif du système nerveux

Seuls agents pour le Canada: ROUGIER FRERES,

39, rue Notre-Dame Est, à Montréal

Littérature & Echantillons:
Laboratoires DAUSSE, 4, rue Aubriot, PARIS

PEPTONATE DE FER ROBIN

(GOUTTES, VIN, ÉLIXIR)

CONTRE :

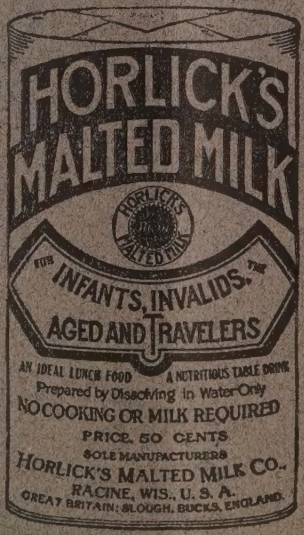
Chlorose, Anémie

Véritable fer assimilable. Il ne donne aucune réaction avec le ferri ou ferrocyanure.

DOSE : 5 à 30 gouttes par repas dans un peu d'eau, de vin ou de lait, commencer par 5 gouttes et augmenter progressivement de 2 gouttes par jour suivant le cas.

VENTE EN GROS : **13, Rue de Poissy, PARIS.** – DÉTAIL : *Principales Pharmacies.*

LA réputation du lait Malté de Horlick grandit depuis un tiers de siècle. Elle est appuyée sur **sa valeur uniforme et sa sécurité.**



LA demande de tous les médecins pour Horlick's Malted Milk prouve **la valeur du produit et son utilité pour le malade.**

Echantillons envoyés sur demande

HORLICK'S MALTED MILK Co.

Racine, Wis. Slough Bucks, Angleterre Montréal, Can.